Aus der psychiatrischen Klinik zu Bonn.

Ueber

„Combinirte Psychosen“.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im März 1893

von

Max Peters

aus Kessenich.

BONN

Druck von Ernst Heydorn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547419_0040

Dem Andenken meiner lieben Eltern.

Einer der Punkte in der Psychiatrie, der jedoch bis zum heutigen Tage noch der wünschenswerten Klarheit und Uebereinstimmung entbehrt, bildet die Frage der Klassifikation und der Einteilung der Psychosen, und die Ansichten hierüber haben oft gewechselt. Noch zu *Grisingers* Zeit war man der Anschauung nicht abgeneigt, dass es im Grunde nur eine einzige Geistesstörung gebe, und dass die verschiedenen Formen nur Entäusserungen oder Stadien derselben Krankheit seien. Diese Geistesstörung, die vesania typica, zeigte sich zuerst als melancholisches Prodomalstadium, um dann als Manie weiterzuleben und endlich in Wahnsinn überzugehen. Jede dieser drei Formen konnte heilen und alsdann die Geistesstörung zum Abschluss bringen, oder aber der Wahnsinn ging nun in einen sekundären Schwächezustand, in Verrücktheit oder Blödsinn über. Auch die damals zuerst erkannte und beschriebene Paralyse bildete keine selbständige Psychose, sondern wurde als eine Complication der vesanie aufgefasst, die sich der Form des Wahnsinns zugesellte. Später gab man diese Art der Auffassung auf, redete aber noch von primären und sekundären Psychosen und liess namentlich die Verrücktheit oder den Wahnsinn, unter welchen Namen man die Paranoia verstand, stets aus der Manie oder Melancholie hervorgehen und eine weitere Entwickelung der primären Psychose vorstellen, bis man jetzt wohl allgemein der Ansicht ist, dass

auch die Paranoia eine primäre Psychose sei und mit der Manie oder Melancholie nichts zu thun habe.

Erst der neueren Literatur ist es vorbehalten, von sogenannter „combinirter Psychose“ zu sprechen, d. h. von 2 oder sogar von 3 verschiedenen Formen von Psychosen, die sich gleichzeitig bei ein und demselben Individuum zeigen, die neben einander bestehen und klinisch von einander abgegrenzt werden können. Besonders ist es *Magnan*, der in verschiedenen Aufsätzen eine Anzahl hierher gehöriger Fälle beschrieb und versucht hat, sie für seine Lehre der erblichen Entartung zu verwerten.

Wenn wir die in der psychiatrischen Literatur zerstreuten Angaben über das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Formen von Geisteskrankheiten bei ein und demselben Individuum betrachten, so können wir die hierhin gehörigen Fälle am zweckmässigsten in drei Gruppen einteilen:

1. Fälle, in denen sich zu einer chronisch verlaufenden funktionellen Psychose ein organisches Hirnleiden mit psychischen Erscheinungen zugesellt;
2. Fälle von Combination einer epileptischen Psychose mit einer anderen derart, dass entweder die Epilepsie und ihre psychischen Erscheinungen zu einer schon bestehenden anderen Geisteskrankheit hinzutritt, oder dass umgekehrt das epileptische Irresein das früher bestehende Leiden ist, welches durch eine zweite Psychose complicirt wird. In den meisten Fällen wird diese zweite Psychose in einem Alkoholdelirium bestehen, das gewissermassen dem schon vorhandenen Irrsinn aufgepfropft wird, der hierdurch eine mehr oder weniger grosse Ver-

änderung erleidet, ohne sich mit der anderen zu vermischen. In der gleichen Weise kann sich der Alkoholismus auch zu anderen chronischen Psychosen gesellen, und es können auf diese Weise, wie *Magnan* anführt, sogar drei Formen neben einander bestehen, etwa epileptisches, paranoiisches und alkoholisches Irresein;

3. Fälle, in denen zwei funktionelle weder auf Epilepsie noch auf Alkoholismus beruhende Psychosen neben einander bestehen.

I.

Bei den Fällen der ersten Kategorie handelt es sich meistens um progressive Paralyse. Schon *Calmeil* veröffentlichte in seinem Werke „De la paralysie considerée chez les aliénés" einen Fall, bei dem sich die Paralyse zu einer schon lange bestehenden Psychose zugesellte.

In der im Jahre 1866 erschienenen Arbeit „Ueber die klinische differenzielle Diagnose zwischen der durch Periencephalomeningitis diffusa chronica bedingten Dementia paralytica und dem durch andere Gehirnerkrankungen hervorgerufenen Irresein mit Lähmungen" von Dr. *von Krafft-Ebing**), spricht er auch von dem Vorkommen einer Combination einer primären Psychose mit einer complicirenden Gehirnerkrankung.

Dass auch die Dementia paralytica als Combination auftreten könne, hält er nicht für bewiesen, sondern er glaubt, dass in den derart aufgefassten Fällen entweder die hinzutretende Krankheit keine Paralyse, sondern ein anderes organisches Leiden (Apo-

*) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 23. Bd., 3. Heft.

plexie, Erweichung, Tumor etc.) gewesen, oder aber, dass die psychische Störung von Anfang an bereits mit minimalen motorischen Erscheinungen einhergegangen und demnach selbst bereits paralytischer Natur gewesen sei.

Anderer Ansicht als *von Krafft-Ebing* ist *Hoestermann*. In einem Aufsatze über „Secundäre Paralyse“ *) beschäftigt er sich mit der Frage, ob die progressive Paralyse complicirend zu einer bestehenden Psychose hinzutreten könne. Er veröffentlicht drei Fälle, bei welchen die Diagnose auf eine im Verlaufe der Psychose sich entwickelnde progressive Paralyse gestellt wurde. Es handelt sich in allen drei Fällen um Paranoiker, welche erst nach jahrelangem Bestehen ihrer Psychose allmählig paralytische Lähmungserscheinungen und progressiven Schwachsinn zeigten. Der Verlauf der Paralyse war ein langsamer, doch konnte in allen Fällen während einer relativ kurzen Beobachtungszeit ein Weiterschreiten der Paralyse deutlich konstatirt werden.

Dass es sich um eine wirkliche Combination der genannten Krankheiten handelte, erklärt *Hoestermann* aus folgendem: Zunächst habe in allen Fällen die Verrücktheit sehr lange vor den paralytischen Symptomen bestanden, was daraus hervorgehe, dass, falls die paralytischen Symptome gleichzeitig mit der Verrücktheit aufgetreten wären, die Paralyse viel hochgradiger hätte entwickelt sein müssen. Ausserdem sei der Charakter der Wahnideen ein derartiger, wie man ihn bei der Paralyse ohne Combination mit einer anderen Psychose nicht finde.

Aus den angeführten Beobachtungen gewann *H.*

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 32.

folgende Ansicht: Durch die Combination der progressiven Paralyse mit einer Paranoia wird das Bild der Paralyse eigentümlich modificirt, sodass derartige Fälle von den mehr typischen dadurch unterschieden werden, dass die vollständig ausgearbeiteten und fixirten Wahnideen der Verrücktheit in die Paralyse hineinragen. Die leichten Erregungen, welche bei den Patienten zur Beoabachtung kamen, haben nicht den Charakter der Tobsuchtsanfälle der Paralytiker; sie sind vielmehr durch die Wahnideen hinreichend motivirt.

*Billod**) beobachtete einen Patienten, der an einem hallucinatorischen Verfolgungswahn erkrankt war, nach einigen Monaten jedoch unter völligem Zurücktreten der Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen einen ausgesprochenen paralytischen Grössenwahn mit charakteristischen Lähmungserscheinungen zeigte. Während einer Remission der Paralyse stellten sich die Hallucinationen und der Verfolgungswahn in alter Weise ein, um dann einer progressiven Demenz Platz zu machen, die von rasch zunehmender und in kurzer Zeit zum Tode führender Lähmung begleitet war. *B.* glaubt in diesem Falle mit Sicherheit eine Verbindung zweier von einander unabhängigen Erkrankungen, des hallucinatorischen Verfolgungswahnes und der progressiven Paralyse zu haben. A priori besteht kein Grund, in einer vorhandenen Seelenstörung eine Immunität gegen die Paralyse zu sehen. Warum sollte ein Paranoiker im Verlauf der Jahre nicht an Paralyse erkranken können? Und dass dies wirklich der Fall ist, wird durch unzweifelhafte Fälle bewiesen.

Im Anschluss hieran sei beiläufig noch ein Fall

---

*) Paralysie générale survenant comme complication dans le cours d'une folie simple. Ann médic. psych. 1879, II. Bd.

erwähnt, bei dem nach der Ansicht des Beobachters der Verlauf einer bereits manifesten Paralyse durch das Zutreten einer funktionellen Erkrankung — Manie — complicirt wurde*). Der betreffende Erregungszustand findet jedoch unseres Erachtens eine weit natürlichere Erklärung, wenn man annimmt, dass er gleichfalls durch das organische Leiden bedingt ist.

Bei den Fällen, in denen nach Trunkexcessen bei anscheinend sonst gesunden Menschen hochgradige Erregungszustände auch klinisch den Charakter des alkoholischen Irreseins tragen, und dann, nachdem die Erregung sich gelegt hat, die Symptome einer gewöhnlichen progressiven Paralyse sich bemerkbar machen, sind wohl sämmtlich so zu deuten, dass die Paralyse bereits vor Auftreten der alkoholischen Erregung bestanden hat und in ihrer Entwicklung durch den Trunkexcess gefördert worden ist.

II.

Wir kommen nun zu sprechen auf die Combination mehrerer Psychosen, von denen eine epileptischer Natur ist. Ueber diese Art von Erkrankungen ist viel geschrieben und diskutirt worden. Vor allem besteht die Schwierigkeit, eine scharfe Grenze zwischen epileptischem Irresein und Epilepsie verbunden mit einer selbständigen Psychose zu ziehen.

Interessant sind die Erörterungen *Gnaucks***). Derselbe beschäftigt sich in einem Aufsatze: „Ueber die Entwickelung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie“ eingehend mit der Frage, in welchem Verhältnisse die

*) *Siemens*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, X. Bd.
**) Archiv der Psychiatrie, XII.

Epilepsie, respektive das epileptische Irresein zu den übrigen Geisteskrankheiten stehe. Unter anderem sagt er dort, es sei eine längst bekannte und oft beobachtete Thatsache, dass die verschiedensten Geisteskrankheiten mit Epilepsie vereint auftreten können. Dies sucht er an einzelnen Fällen klar zu legen. Von den fünf mitgeteilten Krankengeschichten kommen jedoch für uns an dieser Stelle nur zwei in Betracht, da es sich nur in diesen um die Verbindung von Verrücktheit mit epileptischem Irresein handelt, während in den drei anderen nur eine Combination der Epilepsie mit Verrücktheit zu constatiren ist. In den beiden ersteren Fällen hat die Verrücktheit, wie *Gnauck* sagt, Eigentümlichkeiten, welche ihr von der Epilepsie geblieben sind. Es finden sich wichtige Symptome, Sinnestäuschungen und Wahnideen, welche während des epileptischen Irreseins auftreten, im Laufe der Verrücktheit wieder. Ferner macht sich eine eigentümliche Stimmung traumhafter Art bemerkbar, welche jenen krankhaften Bewusstseinszustand des epileptischen Irreseins gleichsam noch andeutet.

In *Magnans* Aufsatze „De la coëxistance des plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné" spricht er von der überwiegenden Mehrzahl von Fällen, in denen eine der gleichzeitig auftretenden Erkrankungen Epilepsie ist. Drei Fälle werden da veröffentlicht, in denen epileptisches Irresein mit alkoholischem Delirium combinirt war. Man konnte hierbei beobachten, dass der das epileptische Irresein complicirende Alkoholismus die Anfälle in ganz erschreckender Weise steigerte und zwar derartig, dass die Patienten nach dem Anfalle nichts von ihrem heftigen Auftritte wussten, während sie alle Einzelheiten ihres Säuferwahnsinnes wiedererzählen konnten.

Ausser diesen drei Fällen berichtet *Magnan* noch über drei andere Fälle, in welchen er neben epileptischem Irresein Paranoia beobachten konnte. Der eine Fall ist in so weit sehr interessant, als nach Darreichung von Bromkali die Epilepsie und somit auch das epileptische Irresein schwanden, während die Hallucinationen und der Verfolgungswahn bestehen blieben. Bei den beiden anderen Patienten handelte es sich um von Jugend auf epileptische Individuen, welche später Symptome von Melancholie zeigten und nach einigen Jahren Paranoiker wurden. Im Laufe der Zeit wechselten Melancholie und Paranoia wieder. Zwischendurch stellten sich stets epileptische Anfälle ein. Endlich erwähnt *Magnan* noch zwei Fälle. Bei ihnen glaubte Beobachter eine Combination von drei Psychosen erkennen zu können. Der erste der beiden Fälle betrifft einen seit seiner Jugend epileptisch erkrankten Patienten, dessen Vater Alkoholiker und dessen Mutter melancholisch war. Zu der Epilepsie gesellte sich später eine wahrscheinlich von der Mutter ererbte Melancholie, welche jedoch bald nach einer akuten Erkrankung verschwand. Nach Verlauf einiger Jahre wurde Patient wieder unruhig, hatte Angst und Selbstmordgedanken. Allmälig fiel er dann der Trunksucht anheim, welche ein alkoholisches Delirium hervorrief. Der letze Fall zeigt eine Frau, welche gleichfalls seit ihrer Jugend epileptisch und hereditär sehr belastet war — Vater war epileptisch und die Mutter melancholisch —. Später wurden Angst, Unruhe und Selbstmordgedanken wahrnehmbar. Daneben bestanden Schwindelanfälle und Zustände von Bewusstlosigkeit. Bald fing Patientin an zu trinken, wodurch sich auch noch alkoholisches Delirium hinzugesellte.

Besonders charakteristisch für die *Magnan*sche

Anschauungsweise von der Natur der Dipsomanie, die er als eine Zwangshandlung der Entarteten auffasst, ist die von ihm mehrfach beschriebene Combination von Dipsomanie und Alkoholdelirium. Die Ausschweifungen beim dipsomanischen Anfalle führen nicht selten zum Ausbruche des Alkoholdeliriums. Der Dipsomane kann dann ganz dem gewöhnlichen Säufer gleichen und erst nach dem Aufhören des Anfalles ist die richtige Diagnose möglich.

III.

Während bei den in vorhergehendem erwähnten Formen von combinirten Psychosen als Ursache der einen Erkrankung ein organisches Leiden, Epilepsie oder eine Intoxikation angesehen werden musste, erübrigt es noch, die Combination von Erkrankungen zu besprechen, bei welchen nichts derartiges zu Grunde liegt; es ist dies also eine Combination von sogenannten „funktionellen Psychosen“ ohne spezifische Ursache.

Die alte psychiatrische Literatur seit *Pinel* ist reich an Angaben über das Vorkommen derartiger Combinationen. *Guislain* vertritt die Ansicht, dass in den meisten Fällen von Geisteskrankheiten diese keine einfache sondern eine combinirte sei. Er sagt (Traité sur les phrénopathies pag. 182): „Rien n'est, en effet, plus rare qu'une maladie mentale dans toute sa simplicité: ordinairement associée à d'autres vésanies, elle offre un composé plus ou moins complexe, dans lequel il est souvent difficile de distinguer le caractère primitif ou dominant de cette affection“. Dementsprechend fügt er in dem Kapitel ‚Die specielle Pathologie der Geisteskrankheiten‘ der Beschreibung jeder einzelnen Form

einen besonderen Abschnitt hinzu, der die associacions morbides behandelt. Hier näher darauf einzugehen, empfiehlt sich schon deshalb nicht, weil die psychiatrische Formenlehre sich seither vollkommen geändert hat.

In den letzten Jahrzehnten sind über diesen Gegenstand nur wenige Arbeiten erschienen.

Siemens in seinem Aufsatze „Klinische Beiträge zur Lehre von den combinirten Psychosen" macht folgende Einteilung:

1) Zu bestehenden anderen Psychosen tritt als neues Accidens eine frische Melancholie oder Manie hinzu.
2) Zu bestehender Melancholie oder Manie gesellen sich andere Psychosen als Complicationen.

Unter der ersten Kategorie begreift er auch Fälle, in welchen sich auf der Grundlage angeborenen Schwachsinns eine akute Erkrankung von Manie oder Melancholie entwickelt, Fälle, die nach unserer Ansicht nicht als combinirte Psychose, sondern als einheitliches Krankheitsbild aufgefasst werden müssen. Im zweiten Teil folgt dann der bereits von uns erwähnte Fall von Paralyse und Manie. Es bleibt aus jeder der beiden Kategorien noch je ein Fall übrig, in deren einem Manie zur Verrücktheit tritt, in dem andern zu einer Melancholie sich Verrücktheit hinzugesellt. Auf diese Fälle werde ich später noch einmal zurückkommen.

Wille beschreibt in seinem Berichte über die Irrenabteilung des Bürgerhospitals in Basel vom Jahre 1880 Fälle, bei denen Verfolgungswahn, Anklage und Versündigungsdelirien nebeneinander bestehend deutlich beobachtet werden konnten. *Wille* sagt von ihnen: „Solche Fälle könnten ebenso gut der Melancholie wie der Verrücktheit zugeteilt werden. Sie sind eben wirk-

lich aus einer Combination beider Formen entstandene neue Formen."

Gnauck teilt in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 13. März 1882*) zwei Fälle von combinirter Psychose mit. In beiden Fällen hatte sich unmittelbar nach einander eine Melancholie und Verrücktheit entwickelt, nach der Ansicht von *G.* jede Form selbständig und primär.

*Pick***) berichtet über einen Fall, in dem nach seiner Ansicht eine echte Melancholie zur Verrücktheit hinzutrat. Aus der mitgeteilten Krankengeschichte haben wir jedoch nicht dieselbe Ansicht gewinnen können. Denn wenn es auch vollständig gerechtfertigt ist, wenn *Pick* die Behauptung aufstellt, dass der Einfluss, welchen die Hallucinationen auf die Stimmung haben, bei der Verrücktheit ein relativ äusserst geringer sei, so kann dies allein uns doch nicht von der Richtigkeit der *Pick*'schen Ansicht, es seien beide Psychosen von einander unabhängig, überzeugen. Es kommen nämlich Fälle vor, in denen Hallucinationen starke Depressionszustände hervorrufen, und es ist durchaus nicht erwiesen, dass dies bei der *Pick*'schen Paranoia nicht der Fall gewesen sei.

Nach diesen Erörterungen möchte ich nun dazu übergehen, über einen ebenfalls in diese Kategorie gehörigen Fall, welcher in hiesiger Provinzial-Irrenanstalt beobachtet wurde, und dessen Krankengeschichte mir von Herrn Geheimrath Professor Dr. *Pelman* zur Verfügung gestellt wurde, zu berichten.

*) *Mendel*'s Centralblatt I, Seite 161.
**) Prager Med. Wochenschrift, 1882, Nr. 23.

Wilhelm R., 44 Jahre alt, ledig, aus C. Vater, der tot ist, litt nicht an Geistesstörung, während die Mutter des Patienten im Alter von 60 Jahren an Melancholie gelitten haben soll. Ausserdem befindet sich eine. Nichte des Patienten schon seit Jahren in einer Irrenanstalt, leidet an Verrücktheit und bietet kaum noch Aussicht auf Genesung. Die Entwickelung des Patienten war in geistiger wie auch in körperlicher Hinsicht eine normale. Von Charakter soll er sanft und gutmütig gewesen sein. Excesse soll er sich zwar nach dem Fragebogen nicht haben zu Schulden kommen lassen. Er habe allerdings als Polytechniker in Berlin ab und zu etwas viel getrunken, sei aber später stets ein durchaus nüchterner Mensch gewesen. Dagegen hat Patient nach seiner eigenen Aussage in der Jugend viel onanirt und scheint es auch noch in späterer Zeit gethan zu haben. Körperlich war derselbe immer gesund.

Was nun seine Psychose angeht, so ist R. zum vierten Male geistig erkrankt. Anno 1864 stellte sich der erste Anfall ein nach dem Feldzuge, den Patient mitgemacht hatte. Welcher Art der Anfall gewesen ist, ist nicht näher bekannt, doch scheint er ziemlich lange gedauert zu haben; denn 1866 wurde R. aus diesem Grunde noch nicht eingezogen. Er genas indess gänzlich, sodass er seine Beschäftigung als Ingenieur wieder aufnehmen konnte. Der zweite Anfall von Irresein stellte sich dann anno 1874/75 bei R. ein. Diesmal wurde derselbe einer hiesigen Privat-Anstalt überwiesen. Er war melancholisch, äusserte ab und zu aber auch Grössenwahnideen. Auch diesmal genas er vollständig. Zum dritten Male erkrankte er im Jahre 1877 und wurde abermals in einer Anstalt untergebracht. Das Krankheitsbild war dasselbe wie bei dem zweiten

Anfalle. Wiewohl R. wiederum die Anstalt als gesund verliess, so gab er doch seine Beschäftigung als Ingenieur, da diese ihn zu sehr anstrengte, auf und nahm in dem Geschäfte seiner jüngeren Brüder eine Stelle als Buchhalter an. Hier zeigte er sich stets pünktlich und gewissenhaft, lebte angeblich sehr solide und blieb gesund bis zum Jahre 1887, wo er zum vierten Male erkrankte. Der Anfall soll sich nun nach Angabe des Bruders ganz plötzlich, und ohne dass vorher auch nur das geringste bei dem Patienten aufgefallen wäre, am 3. Januar genannten Jahres in der Weise gezeigt haben, dass R. ganz und gar gegen seine Gewohnheit erst sehr spät im Geschäft erschien und dabei ein ganz verwirrtes und verstörtes Aussehen hatte. Der Zustand verschlimmerte sich nun zusehens mehr und mehr. R. brachte bald die verschiedensten Selbstanklagen vor, lief zum Staatsanwalt, beschuldigte sich allerhand Vergehen und Verbrechen besonders gegen die Sittlichkeit und dergleichen mehr. Dabei nahm er allerhand auffällige und verkehrte Handlungen vor, warf sich z. B. auf offener Strasse mit kleinen Kindern mit Schneeballen, ass und trank sehr schlecht u. s. w. Am 5. Januar brachte er sich, wiewohl er Selbstmordgedanken nicht äusserte, mit einem Federmesser eine allerdings kleine Wunde an der Stirn bei, rieb sich am Pflaster die Finger wund und dergleichen. Ausserdem verschenkte er den grössten Theil seines Vermögens an wohlthätige Anstalten. Am 6. Januar wurde Patient der hiesigen Provinzial-Anstalt zugeführt. Er trat in leidlich ernährtem Zustande ein, und zeigte körperlich nichts abnormes, ausser den oben erwähnten kleinen Wunden an Stirn und Händen. R. erschien äusserst freundlich und gab in willigster und anscheinend richtiger Weise über sein Vorleben Auskunft.

In der Anstalt hielt sich R. in der ersten Zeit ganz ruhig; er hallucinirte aber anfänglich sehr stark, liess sich in seinem Thun und Lassen durch seine Hallucinationen leiten und nahm infolge dessen vielfach verkehrte Handlungen vor, lief im Garten z. B. plötzlich in raschem Tempo voran, blieb dann plötzlich stehen, lauschte eine Zeit lang, machte allerhand sonderbare Bewegungen, drehte sich alsdann wieder um und lief von Neuem möglichst rasch davon. Zu anderen Zeiten wiederum ass er keine Butter, kein Fleisch und dergleichen mehr und erklärte, er habe früher niemals davon gegessen, hier in der Anstalt würde viel zu viel davon verabreicht etc. Dabei schlief Patient im Allgemeinen nicht gut, war aber immer äusserst zufrieden und freundlich und lobte sein Befinden.

Im Februar erkrankte er an einer beträchtlichen Hämaturie, welche sich als von den Nieren stammend erwies, genas aber bald vollständig. In geistiger Hinsicht besserte sich R. auch scheinbar insofern, als er nur noch ab und zu Stimmen zu hören behauptete, auf dieselben aber weiter nicht mehr achtgebe. Allein er hallucinirte noch immer. Ausserdem liess sich eine gewisse blödsinnige Schwäche in der Art und Weise nicht verkennen, dass er mit der grössten Sorgfalt, und als ob es sich um die wichtigste Angelegenheit handele, jeden Morgen über die geringfügigsten Sachen weitläufig berichtete. Ueberhaupt äussert er sich bei Befragen weitschweifig über alle möglichen Details und besonders über seine Onanie. Den ersten Fehltritt habe er sich in sexueller Hinsicht im Alter von circa 16 Jahren zu Schulden kommen lassen, wo er eines Tages das Dienstmädchen unanständig angefasst habe, doch habe er sich sonst niemals mit weiblichen Wesen eingelassen.

Seine Erkrankungen, gibt Patient an, hätten jedesmal damit angefangen, dass er sich Vorwürfe über seine Onanie gemacht habe, auch sei 1877 noch dazu gekommen, dass er geglaubt, er trüge Schuld an einem Vergehen seines jüngeren Bruders.

Auf Befragen nach seinem Befinden gibt Patient an, dass er noch ab und zu Stimmen höre; dieselben seien meist unbekannte Stimmen; sie schrieben ihm allerhand vor. So z. B. sollte er öfters, nachdem er urinirt, den Topf eine Zeit lang hochhalten, an den Mund führen, und dann auf den Kopf stellen etc.; doch sei er jetzt so weit gekommen, dass er sich hierdurch nicht mehr beeinflussen lasse. Er sei überhaupt jetzt wieder vollständig beruhigt, wenigstens über sein Vorleben, das einzige, worüber er hier und da noch etwas nachdenken müsse, seien seine Vermögensverhältnisse, doch bäte er, ihn darüber nicht zu fragen; er hoffe dass auch das alles sich ordnen würde. Im übrigen wünsche er nicht eher von hier fort zu gehen, als bis er wieder vollständig hergestellt wäre. Seine üblen Gewohnheiten nahmen nun die folgende Zeit immer mehr zu. Bei der Visite z. B. suchte er sich stets erst eine passende Stelle zu seiner Position und zwar nur zwischen zwei Dielenritzen, in der er seine Complimente machte. Die Thürklinke öffnete er nunmehr nur, nachdem er sie vorher mit seinem Rock verdeckt hatte; auf dem Aborte sammelte er, bevor er denselben benutzte, alle herumliegenden Dinge u. s. w. Bei der inzwischen stattgehabten Interdiktion gab Patient über sein Vorleben sowie über seine Familienverhältnisse ganz richtig Auskunft, fing dann aber, sobald die Rede auf seine Schenkungen kam, an zu weinen und bat, man möchte ihn darüber doch nicht fragen.

Patient gibt an, dass er nachts und auch am Tage noch Stimmen höre, wenn er nicht anhaltend addire. Er könne keine Nacht durchschlafen, wofür er auch meist einen Grund angibt. So erklärte er, er habe sich über einen anderen Kranken, der sehr roh ist, viel schwätzt und äusserst gewöhnliche Ausdrücke gebraucht, sehr geärgert und habe die Nacht schlecht geschlafen. Am anderen Morgen (28. November 1887) seien die Stimmen so stark geworden, dass er beinahe rasend geworden sei, und ein paar Mal auf den Boden hätte trampeln müssen. Ohne wesentliche Aenderungen zu zeigen, bot Patient dieses Krankheitsbild bis zum Oktober 1888. Patient klagte über starke Gemütsbewegungen und starke Hallucinationen. Er habe einen so hohen schrillen Ton gehört, so hoch, wie ihn ein Mensch wohl überhaupt nur wahrnehmen könnte; das habe ihn beunruhigt. Seit einigen Tagen habe er nachmittags das Gefühl der Völle im Leibe, als ob er aufstossen müsste. Am 23. November steigerten sich beim Billardspiel seine Gehörshallucinationen so sehr, dass er das Spiel aufgeben musste. Ab und zu wird er auch von den Gedanken an sein Vorleben sehr belästigt; so brach er im April des Jahres 1889 einmal in Weinen aus, was er damit begründete, er habe sich sein ganzes Leben mal wieder zurückgerufen. Ausserdem klagte Patient über das Gefühl der Trunkenheit, als wenn er Blei in den Beinen habe. Von Juli desselben Jahres an liess sich ein deutliches geistiges Zurückgehen bei dem Patienten bemerken. Sehr hastig und eigentümlich in allen Bewegungen, beschäftigte sich Patient mit nichts mehr. Auf seinen Spaziergängen machte er sich auffällig durch seine Zwangsbewegungen. Juli 1890 fing Patient an, alles was er fand aufzuheben und mitzunehmen, in der Meinung,

man könne es noch einmal brauchen. Wenn er sich unbeobachtet glaubte, machte er die wundersamsten Bewegungen; so z. B. ging er die Treppen in ganz zusammengekauerter Haltung hinauf und dergleichen mehr. Derartig verlief die Krankheit bis zum Mai 1891. Patient, welcher sich bis dahin täglich in der Stadt beschäftigte, war, wie schon oben erwähnt, immer etwas auffallend durch sein überaus devotes Wesen sowie durch seine Zwangsvorstellungen. Nun wurde er exaltrirt, schwätzte sehr viel, wurde auf seinen Spaziergängen so auffallend, dass die Kinder ihm nachliefen. In der Anstalt lief er überall herum, wo er nichts zu suchen hatte, wollte diesem und jenem etwas mitteilen, besuchen und so weiter, sodass er in der Anstalt gehalten werden musste. Daneben dauerten die Hallucinationen fort und schienen von der maniakalischen Erregung unabhängig nebenher zu gehen, wie sie früher auch in derselben Weise bestanden. Die Exaltation schritt allmälig fort. Patient mischte sich in Alles, wollte diesem und jenem Kranken zeigen, wie er es gemacht habe, um wieder gesund zu werden, wie er alles nach dem Rate des Arztes gethan habe. Er lobte die Anstalt überschwänglich, machte Complimente aller Art, renommirte mit seinen Kenntnissen und seinen früheren Leistungen. Täglich erliess er eine ganze Reihe von Schriftstücken an alle möglichen Bekannte und Unbekannte; kurz er wusste sich vor Schwätzen und Thätigkeitsdrang nicht zu lassen. Durch seine Exaltation war er für die anderen Patienten sehr lästig und nur dadurch etwas abzulenken, dass man ihm eine bestimmte Beschäftigung anbefahl. Fragte man ihn in seiner gehobenen Stimmung und in der Erregung nach seinen Hallucinationen, so erzählte er ganz präcis, dass er durch sie wohl oft bös gemacht werde, aber dass

er sich doch meist nicht darum kümmere. Die maniakalische Exaltation dauerte fort bis zum September desselben Jahres, um dann allmälig in Melancholie überzugehen. Patient wurde stiller und deprimirt; er sah ein, dass er erregt war; machte sich Sorgen um die Zukunft, er wisse nicht, was er anfangen sollte, er könne doch nicht immer in der Anstalt bleiben, er müsse verzweifeln. Seine Melancholie findet auch Ausdruck in der stotternden Sprache. Auf Befragen erhält man kaum Antwort. Die Verstimmung steigerte sich bis zum Lebensüberdruss, wobei die Gedanken an sein Vorleben noch immer mitspielten. Ab und zu hörte Patient noch starke Stimmen, welche neben den Angstgefühlen und hypochondrischen Gefühlen den Zustand des Kranken noch verschlimmerten. Während so der geistige Zustand blieb, ging Patient körperlich immer mehr zurück, bis er endlich am 12. Juli 1892 seinem Leiden erlag.

Die Obduktion ergab Tuberkulose der beiden oberen Lungenlappen mit Cavernenbildung.

Rekapituliren wir kurz: Der erblich belastete Patient macht drei Anfälle von Geisteskrankheiten durch, deren Natur sich nicht mehr mit Sicherheit feststellen lässt. Wahrscheinlich hat es sich indessen um Melancholie gehandelt. Nach zehnjähriger Pause erkrankt er im 44. Jahre zum vierten Male, und zwar handelt es sich diesmal um eine hallucinatorische Paranoia, die jedoch von dem Bilde der gewöhnlichen Paranoia erheblich abweicht und gewisse besondere Züge darbietet. Es machen sich besonders im Anfang zwangsartige Vorstellungen gefolgt von Zwangshandlungen geltend. Die Hallucinationen werden nicht zum Aufbau eines Wahnsystems verwertet, sondern werden,

je länger „e mehr, durch die gesunde Kritik des Kranken als solche erkannt und gewissermassen beherrscht. Es handelt sich um eine Abortivform der Paranoia, wie man sie bei Entarteten beobachtet, mit melancholischer Depression und maniakalischer Erregung, und zwar läuft dieser Zirkelwahnsinn gewissermassen neben der Paranoia einher, die dadurch zwar wesentlich beeinflusst, aber keineswegs aufgehoben wird. Der Kranke ist und bleibt ein Paranoiker, der zeitweise melancholisch und dann wieder maniakalisch wird, während zum Ueberfluss die stark hervortretenden Zwangsvorstellungen und Bewegungen dem Krankheitsbild den bestimmten Charakter der erblichen Entartung aufdrücken.

Ein ähnlicher Fall kann hier nur im Auszug angeführt werden.

Frl. D. S., 50 Jahre alt, ist seit einer längeren Reihe von Jahren krank und durch eine ganze Anzahl von Anstalten hindurchgegangen, wo sie es verstand, sich überall durch ihr Auftreten sehr missliebig zu machen. Seit etwa 10 Jahren befindet sie sich in einer rheinischen Anstalt und während dieser ganzen Zeit ist ihr Verhalten mit einer einzigen Ausnahme ganz unverändert geblieben. Sie ist von sich und ihrem Wissen sehr eingenommen, weist vor allem jede Zumutung von Geistesstörung mit Entschiedenheit zurück, führt einen nie ermüdenden Kampf gegen Hausordnung und Wartpersonal. Ihrer Behauptung nach ist sie mit einem Gelehrten verheiratet, den sie nachweisbar nie gesehen und noch weniger gesprochen hat, der jedoch mit ihr vermittelst verschiedener Zeitschriften korrespondirt, die sie sich demgemäss hält und nie aus der Hand giebt. Täglich schreibt sie sehr glückliche Briefe

an diesen Herrn, die nie direkt, aber durch jene Zeitschriften beantwortet werden; auch hat sie Hallucinationen des Gehörs, oder entnimmt aus „Andeutungen“ dieses und jenes. Ihre Stimmung ist eine heitere, gehobene, ihr Urteil über ihre Umgebung ein richtiges.

Bei dieser Dame nun trat vor einigen Jahren plötzlich ein Anfall typischer Melancholie auf. Sie wurde niedergeschlagen, weinte, sie sei verloren, vergiftet durch Wein, den sie getrunken, sie könne nicht mehr leben u. dergl. mehr. Sie musste zum Essen angehalten und dauernd überwacht werden, damit sie sich nicht was anthue, wozu sie die grösste Neigung hatte.

Während dieses melancholischen Stadiums war von ihren früheren Wahnvorstellungen nur in sofern die Rede, dass sie ihren Gatten bedauert und jammert, ihn nie mehr wiederzusehen, da es mit ihr vorbei sei und sie sterben müsste. Nach mehrmonatlicher Dauer trat diese melancholische Verstimmung nach und nach zurück, und sofort war der alte Wahn wieder da.

Bei dieser Dame bestand eine direkte und starke Anlage zur Geistesstörung; der Vater litt an periodischer Melancholie. Die Patientin selbst erkrankte schon früh in der oben geschilderten Weise.

Betrachten wir nun noch kurz die oben unter III. angeführten Fälle von *Siemens*, die einzigen ausser dem oben beleuchteten *Pick*'schen Falle, deren Krankengeschichten mitgeteilt sind, so handelt es sich auch in diesen um die Complikation von Paranoia mit Melancholie respective Manie. Der erste Fall (M. Seite 133) lässt sich bei der kurzen Wiedergabe der Krankengeschichte nicht recht hier verwerten. Der zweite

dagegen (Fall D. Seite 133) ist ebenso wie der von uns mitgeteilte ausgezeichnet durch Zwangsvorstellungen.

Selbst wenn wir das mahnende Wort *Westphals*, dass gerade in solchen Fällen sehr leicht eine subjektive Auffassung platzgreife, beherzigen, so erscheint doch das Eine durch die angeführten Thatsachen erwiesen, dass es Fälle giebt, in denen sich in den Verlauf der Paranoia die klinischen Symptome einer Manie respektive Melancholie — dem äusseren Anscheine nach unabhängig von der bisherigen Krankheit — hineinschieben.

Sind wir nun wirklich berechtigt, bei den betreffenden Individuen das Vorhandensein zweier sich complicirender aber in ihrer Wesenheit von einander verschiedenen Krankheiten anzunehmen? Ich glaube nicht, dass diese Frage im positiven Sinne beantwortet werden kann. Alle hier in Betracht kommenden sogenannten funktionellen Psychosen sind ihrer Entstehungsweise, ihrer pathologischen Anatomie und Physiologie nach noch völlig in Dunkel gehüllt. Was speziell die Paranoia betrifft, so ist sie nicht einmal in klinischer Beziehung so genau durchforscht und abgegrenzt, dass man von irgend einer in ihrem Verlaufe auftretenden nicht spezifisch bedingten Symptomengruppe mit aller Sicherheit sagen könnte, sie gehört nicht zur Paranoia, sie stellt eine neu hinzutretende, gänzlich unabhängige Erkrankung dar.

Die Forschungen *Magnans* geben uns den Fingerzeig, in welcher Weise auch solche als Combinationen erscheinende und bisher als solche bezeichneten Fälle einheitlich aufgefasst werden können. *M.* lehrt, dass bei erblich Degenerirten die Paranoia eine ganze Reihe von höchst tiefgreifenden Aenderungen und

Abweichungen von ihrem gewöhnlichen Krankheitsverlaufe zeigt und daher von der Paranoia der nicht erblich Entarteten streng zu trennen ist.

Es erscheint mir nun höchst bedeutsam, dass sich sowohl unser Kranker als auch einer der *Siemens*schen Patienten durch das Vorkommen von Zwangsvorstellungen und Bewegungen als Degenerirte im Sinne *Magnans* erweisen.

Wir werden demnach zu dem Schlusse gedrängt, dass wir es auch hier mit einer der vielen Verzerrungen und Abweichungen von dem typischen Bilde zu thun haben, wie sie die Psychosen der Entarteten zeigen.

Wir möchten daher den Ausdruck „Combinirte Psychose" auf jene Fälle beschränken, wo wenigstens einer der beiden sich complicirenden Zustände mit voller Schärfe sich auf eine spezifische Ursache, ein organisches Leiden, eine Intoxikation oder auf Epilepsie zurückführen lässt. Die Combination sogenannter funktioneller Psychosen ohne specifischen Charakter werden wir erst dann mit voller Sicherheit erkennen und abgrenzen können, wenn unsere Kenntnisse über das Wesen, namentlich über die Aetiologie der betreffenden Krankheiten grössere und genauere geworden sind als die heutigen.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Geheim-Rat Professor Dr. *Pelman* für die Ueberweisung dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Ebenso bin ich dem Herrn Assistenz-Arzte Dr. *Liebmann* für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, *Maximilian Gerhard Peters*, katholischer Konfession, zu Kessenich, Regierungs-Bezirk Köln, als Sohn des verstorbenen Arztes Dr. *Eberhard Peters* und der gleichfalls verstorbenen *Anna* geb. *Schultheis* am 12. Juli 1867. Nach genossenem Elementarunterrichte besuchte ich eine Knabenschule zu Bonn und dann das Gymnasium zu Bonn, welches ich Ostern 1889 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. Zuerst wurde ich in Freiburg, wo ich meiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe genügte, in das Album der medizinischen Fakultät eingeschrieben. Im folgenden Semester bezog ich die Universität Bonn und bestand dort am Ende des vierten Semesters mein Tentamen physicum. Sodann besuchte ich in meinem fünften Semester die Universität Berlin, kehrte im sechsten wieder zur Bonner Hochschule zurück, und gehöre ihr seitdem ununterbrochen an. Das Examen rigorosum bestand ich am 6. März 1893.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Freiburg: *Warburg, Wiedersheim.*

In Bonn: *Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Hertz, A. Kekulé, Koester, Leo, Ludwig, Pelman,*

Nussbaum, *Pflüger*, *Saemisch*, *Schaaffhausen †*, *Schultze*, *Strasburger*, *Trendelenburg*, *Ungar*, *Frhr. von la Valette St. George*, *Veit*, *Witzel*.

In Berlin: *von Bardeleben*, *Falck*, *Lewin*, *Mendel*, *von Noorden*.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigsten Dank.